Lane Medical Library

Casuistischer Beitrag zur Kenntnis der Hysterischen Lähmungen bei Knaben.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 17. Juli 1896

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Richard Hopp

aus Berlin

Opponenten:

Herr cand. med. Luckow.

Herr cand. med. Wiechell.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1896.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0230

Seinem lieben Vater

in dankbarer Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Hysterie ist eine heutzutage leider allzu häufig vorkommende Erkrankung. Es werden von derselben Angehörige fast aller Stände befallen, Leute, die unter den verschiedensten Bedingungen leben.

So finden wir die Krankheit nicht nur in grossen Städten verbreitet, deren Bewohner ja vielen gerade das Nervensystem treffenden Schädlichkeiten ausgesetzt sind, die der grossstädtische Verkehr und eine lebhafte Industrie mit sich bringt, sondern sogar unter der Landbevölkerung, bei der von derartigen Noxen keine Rede ist. Weitaus in der Mehrzahl der Fälle ist es das weibliche Geschlecht, welches ergriffen wird, und auch hier wieder eine bestimmte Altersstufe, nämlich die Zeit von der Pubertät bis zum Ende der dreissiger Jahre. Bei Männern kommt, wie eben erwähnt, die Erkrankung nur selten vor, nur etwa 5% aller Fälle betreffen männliche Individuen.

Aber nicht allein Erwachsene werden befallen, sondern es finden sich auch Fälle von echter Hysterie bei Kindern, wenn auch nur ausnahmsweise. Auch hier ist das Geschlecht nicht ohne Einfluss, vielmehr zeigen Mädchen eine viel bedeutendere Disposition zu der Erkrankung wie Knaben, bei denen dieselbe als eine grosse Seltenheit zu betrachten ist.

In Anbetracht dieses Umstandes möge es mir gestattet sein, auf zwei Fälle von hysterischen Lähmungen bei Knaben, die vor kurzem wunderbarer Weise fast zur gleichen Zeit in die Greifswalder medicinische Klinik zur Behandlung kamen, und die mir von Herrn Geheimrat Mosler in liebenswürdigster

Weise zur Verfügung gestellt worden sind, des näheren einzugehen.

Der erste Fall betraf den 12 Jahre alten Maurersohn Gustav Hoffmann aus Cöln. Hereditäre Belastung liess sich durch die Anamnese nicht nachweisen; die Eltern, sowie die beiden Schwestern des Patienten sollen gesund sein. Im Alter von 3 Jahren hat Patient eine Lungenentzündung durchgemacht; vor 2 Jahren erkrankte er an Gelenkrheumatismus und wurde zu derselben Zeit von einer Augenentzündung befallen. Am 11. Februar dieses Jahres stellten sich heftige Kopfschmerzen ein, die mit Delirien verbunden waren. Der kleine Patient war sehr unruhig, redete Unzusammenhängendes und war nach Aussage seines Vaters nur mit Mühe im Bett zu halten. Zugleich traten in der Muskulatur der Unterschenkel Schmerzen auf, deren Heftigkeit sich von Tag zu Tag steigerte, doch waren Motilitätsstörungen bisher nicht zu bemerken.

Am 29. März bekam Patient sehr heftiges Herzklopfen, das auch jetzt noch andauert, allerdings in weit geringerem Masse. Am folgenden Tage war es dem Patienten nicht mehr möglich zu gehen, so dass er seit dieser Zeit das Bett hüten musste. Am 9. Mai stellte ihn sein Vater in der Greifswalder medicinischen Poliklinik vor, und es erfolgte noch an demselben Tage seine Aufnahme in die medicinische Klinik.

Der Status praesens bei der Aufnahme ergab folgende Einzelheiten:

Patient ist von einer seinem Alter entsprechenden Grösse, er besitzt gracilen Knochenbau, eine leidlich entwickelte Muskulatur und ein geringes Fettpolster. Er nimmt im Bett active Rückenlage ein. Seine Wangen sind blass, Lippen, Zahnfleisch und Conjunctiven anämisch. Die Haut ist von normaler Beschaffenheit, trocken und warm. Exantheme, Ödeme, Narben und Decubitus sind auf derselben nicht zu bemerken. Die Temperatur in der Achselhöhle beträgt 37,1° C.

Systema nervosum:

Patient machte den Eindruck eines aufgeweckten Jungen. Das Sensorium ist völlig frei, er leidet weder an Kopfschmerzen, noch an Schwindelgefühl. Der Schlaf ist gut. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden, die Motilität der unteren Extremitäten ist jedoch erheblich beeinträchtigt. Im Bette liegend vermag Patient zwar alle ihm aufgetragenen Bewegungen auszuführen, ohne Schmerzen zu empfinden; wenn er aber den Versuch macht, sich auf die Füsse zu stellen, knickt er in den Knieen ein und kann sich ohne fremde Hülfe nicht aufrecht halten, geschweige denn gehen. Bei derartigen Versuchen empfindet er in den befallenen Extremitäten ziehende Schmerzen.

Die Patellarreflexe sind stark gesteigert, auch ist ein ausgeprägter Fussklonus vorhanden. Die Pupillen sind gleich weit und reagieren auf Lichteinfall in normaler Weise. Die Sinnesorgane sind intact.

Systema circulationis:

Ausser geringem Herzklopfen bestehen keine subjektiven Herzbeschwerden. Die Inspection der Herzgegend ergiebt einen schwach sichtbaren Spitzenstoss, der wie normal im 5. Intercostalraum etwas einwärts von der Mammillarlinie fühlbar ist. Die Percussion ergiebt normale Lage und Grösse des Herzens. Die Herztöne sind rein. Der Radialpuls ist schwach fühlbar und etwas beschleunigt; man zählt 120 Schläge in der Minute. Es bestehen keine Veränderungen an den peripheren Arterien.

Systema respirationis:

Athemnot, Husten, Auswurf und Stiche sind nicht vorhanden. Der Thorax ist schwach gewölbt; beide Hälften desselben beteiligen sich gleichmässig an der Athmung, deren Frequenz 24 Züge in der Minute beträgt. Die Percussion ergiebt überall hellen Lungenschall und normale Grenzen, die Auskultation scharfes (pueriles) Vesiculärathmen.

Systema digestionis:

Der Appetit ist gut, der Durst nicht gesteigert, Aufstossen und Erbrechen ist nicht vorhanden. Die Zähne sind leidlich gepflegt; die Zunge zeigt keinen Belag, auch besteht kein foetor ex ore. Die Palpation des Abdomens wird nirgends schmerzhaft empfunden. Bei der Percussion zeigen sich die Grenzen von Leber und Milz normal.

Systema urogenitale:

Der Urin wird spontan und ohne Schmerzen entleert. Er ist gelb gefärbt und reagiert schwach sauer. Es besteht ein starker Niederschlag von Phosphaten. Das specifische Gewicht beträgt 1026. Abnorme Bestandteile wie Eiweiss und Zucker enthält er nicht. Die Genitalien sind normal.

9. Mai. Patient wird in der Klinik vorgestellt. Da er absolut nicht im Stande ist, zu gehen, wird er von seinem Vater in den Hörsal hereingetragen. Geheimrat Mosler stellte sofort die Diagnose einer hysterischen Lähmung. Er versucht zunächst, durch energisches und bestimmtes Zureden die Willenskraft des Jungen soweit zu erhöhen, dass er wenigstens einmal den Versuch machte, sich auf die Füsse zu stellen. Dies gelang denn auch insofern, als der Junge sich, wenn auch äusserst unsicher hinstellte und sogar den Versuch machte, ein paar Schritte zu gehen. Er kann auch etwa zwei Meter weit vorwärts, jedoch immer in der Gefahr, hinzufallen, etwa wie ein Kind, welches zum ersten Mal in seinem Leben einen Gehversuch macht. Etwas besser konnte Patient seine Beine bewegen, wenn er auf beiden Seiten unterstützt wurde.

Geheimrat Mosler äusserte die Absicht, am Nachmittage bei dem Patienten den faradischen Strom anwenden zu wollen. Dies wurde dann auch ausgeführt und der Erfolg der elektrischen Behandlung war ein ganz eclatanter; denn kaum war der etwas starke faradische Strom und der elektrische Pinsel appliciert worden, als der Junge auch schon wieder selbständig

zu gehen vermochte, wenn auch natürlich zuerst noch etwas unsicher. Auch die ziehenden Schmerzen in den Muskeln waren völlig verschwunden.

Am nächsten Tage schon war der Gang völlig sicher und normal. Auch die Patellarreflexe waren wieder auf das normale Mass zurückgeführt, der Fussklonus war verschwunden. Der Patient fühlte sich vollkommen wohl und war sehr erfreut über seine plötzliche Genesung.

Am 16. Mai wird der Patient als vollkommen geheilt nach Hause entlassen.

Dieser schnelle Erfolg bewies unzweifelhaft, dass die Diagnose „Lähmung auf hysterischer Basis" richtig war; denn eine Lähmung auf Grund anatomischer Veränderungen des centralen oder peripheren Nervensystems hätte sich ja niemals gleichsam wie mit einem Schlage beseitigen lassen. Auch sprach für Hysterie der Umstand, dass bei ruhiger Bettlage des Patienten alle Bewegungen unbehindert waren und die Lähmungserscheinungen nur bei dem Versuche zu stehen oder zu gehen, hervortraten.

Ferner bestand keine Atrophie der Muskulatur, wie sie ja bei anatomisch nachweisbaren Läsionen der Nervensubstanz zu entstehen pflegt.

Auf die allgemeinen Ursachen, die zur Entstehung der Hysterie führen, wollen wir am Schlusse unserer Betrachtungen noch etwas näher eingehen, hier sei nur soviel erwähnt, dass wir bei unserem Patienten wohl die verschiedenen schweren Erkrankungen, die er in früheren Lebensjahren durchzumachen hatte, als Veranlassung zur Ausbildung der Hysterie beschuldigt werden müssen, wie die Pneumonie und die Polyarthritis rheumatica. Als auslösendes Moment endlich wirkte die letzte der erwähnten Krankheiten, die mit schweren Hirnerscheinungen einherging und nach den angeführten Symptomen möglicher Weise eine Meningitis war.

Der zweite Patient, dessen Krankheitsgeschichte mit der

eben besprochenen sehr viele Parallelen zeigt, war der 10 Jahre alte Kuhfütterersohn Carl Otto aus Burow. Auch bei ihm ergab die Anamnese keine erbliche Belastung. Seine Eltern, sowie seine 9 Geschwister sollen gesund sein. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren hatte er einen starken Luftröhrenkatarrh gehabt und seit dieser Zeit hatte er viel gekränkelt. Namentlich funktionierten die Sinnesorgane bei ihm nicht normal; er litt zeitweilig an den Ohren, die eiterten, und konnte nicht ordentlich hören, dann wieder an den Augen, deren Sehvermögen auch jetzt noch herabgesetzt sein soll.

Als Patient vor ca. 5 Wochen eines Tages aus der Schule kam, klagte er über Schmerzen im Bauch, der Lendengegend und den Kniekehlen. Als er am nächsten Morgen aufstehen sollte, versagten ihm die Beine den Dienst, so dass er nicht gehen oder auch nur stehen konnte. Der Appetit war schlecht, Fieber soll nicht bestanden haben, ebensowenig Krämpfe oder sonstige auffällige Symptome, ausser den erwähnten Schmerzen. Ein Arzt wurde consultiert. Dieser verordnete Soolbäder und Einreibungen, die auch den Erfolg hatten, dass sich nach acht Tagen das Allgemeinbefinden zwar wieder erheblich besserte, doch blieb die Unfähigkeit sich auf den Füssen zu halten, bestehen. So riet denn der behandelnde Arzt den Eltern, ihren Sohn in die Greifswalder Medicinische Klinik aufnehmen zu lassen, was diese am 25. IV. 96. denn auch thaten.

Bei der Aufnahme ergab der Status praesens folgende Daten:

Patient ist seinem Alter gemäss entwickelt, von gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur und gutem Ernährungszustande. Die Wangen, Lippen und Conjunctiven sind mässig injiciert, im Gesicht finden sich zahlreiche Epheliden. Die allgemeine Körperhaut ist weiss, überall gleichmässig trocken und warm anzufühlen. Die Körpertemperatur in der Achselhöhle gemessen beträgt 37^0 C. Es finden sich nirgends Exantheme, Ödeme, Narben oder Decubitus.

Systema nervosum:

Das Sensorium ist völlig frei, Kopfschmerzen bestehen ebensowenig wie Schwindelgefühl. Der Schlaf ist gut. Die Sensibilität ist nicht gestört, an den oberen Extremitäten ist auch die Motilität normal. Was die unteren Extremitäten anlangt, so werden im Bett die Beine im Knie flektiert gegehalten, die Füsse stehen in Equinusstellung. Patient ist nicht im Stande, auf seinen Füssen zu stehen. Bei dem Versuch, sich hinzustellen, knickt er sofort ein, während er im Bett liegend alle Bewegungen ausführen kann, nur machen sich beim völligen Strecken Schmerzen in der Kniekehle bemerkbar. An den Extremitäten besteht weder Atrophie noch Ataxie. Die Pupillen sind gleich weit und zeigen die normalen Reaktionen auf Lichteinfall. Die Patellarreflexe sind gesteigert, Cremaster-, Bauchdecken- und Fusssohlenreflexe sind deutlich vorhanden. Auch ein leichter Fussclonus tritt in Erscheinung.

Systema circulationis:

Subjective Beschwerden von Seiten des Herzens bestehen nicht; die Inspection und Palpation des Herzens und der grossen Gefässe ergiebt nichts abnormes. Die Herzdämpfungsfigur hat normale Lage und Grösse. Die Herztöne sind rein, doch ist der Rythmus der Herzthätigkeit etwas unregelmässig. Der Puls ist leidlich kräftig. Seine Frequenz beträgt 80 Schläge in der Minute.

Systema respirationis:

Husten, Stiche und Auswurf bestehen nicht. Der Thorax ist gut gebaut. Seine beiden Hälften betheiligen sich gleichmässig an der Athmung, deren Frequenz 20 Züge in der Minute beträgt. Patient athmet meist mit offenem Munde, da die Nasenathmung besonders auf der linken Seite infolge einer Hypertrophie der linken Muschel etwas behindert ist. Die Percussion der Lunge ergiebt überall hellen lauten Schall und

normale Grenzen, die Auscultation etwas verschärftes (pueriles) Vesikulärathmen.

Systema digestionis:

Der Appetit ist schlecht, das Durstgefühl nicht gesteigert. Aufstossen und Erbrechen bestehen nicht. Der Stuhlgang ist regelmässig von normaler Consistenz; die Zunge nicht belegt. Die Zähne sind gut erhalten, foetor ex ore ist nicht vorhanden. Die Inspection und Palpation des Abdomens ergiebt nichts Abnormes, die Leber zeigt keine Grössenveränderung, ebensowenig die Milz.

Systema urogenitale:

Der Urin wird spontan und ohne Schmerzen entleert. Seine Farbe ist gelb, die Reaktion sauer. Es besteht leichte Trübung. Das specifische Gewicht beträgt 1016. Eiweiss und Zucker sind nicht nachzuweisen.

Die Diagnose lautet ebenfalls: Hysterische Parese der unteren Extremitäten, und zwar aus denselben Gründen, wie bei dem zuerst besprochenen Falle.

Auch bei diesem Patienten hatte die angewandte Therapie einen äusserst günstigen Erfolg. Was die Einzelheiten bei der Behandlung anlangt, so wurden täglich Bäder mit Douchen der Beine gegeben, und der faradische Strom angewandt. Unterstützend wirkten daneben passive und active Bewegungen der unteren Extremitäten. Ein Hauptgewicht wurde auf gute Ernährung des Patienten gelegt, um durch Hebung des Allgemeinbefindens und dadurch Hinwegschaffung der Ursache eine Heilung des Leidens zu erzielen. Ebenfalls zur Besserung des Allgemeinbefindens erhielt Patient ferrum oxydatum saccharatum solubile innerlich. Der Erfolg der Behandlung zeigte sich denn auch sehr bald. Schon am Tage der Einlieferung vermag Patient nach einmaligem Faradisieren durch

das Zimmer zu gehen, wenn auch noch schwankend und nur mit Unterstützung. Dieser schnelle Fortschritt erregt die lebhafte Freude des Patienten.

Am folgenden Tage, dem 26. IV. bedarf es schon nicht mehr fremder Hülfe, sondern der Knabe ist im Stande, auf Befehl allein zu gehen, allerdings immer noch etwas unsicher.

Am 27. IV. geht Patient ohne Anstrengung sehr gut. Er ist den ganzen Tag über ausserhalb des Bettes; sein Allgemeinbefinden ist gut.

Am 6. Mai wird Patient als vollkommen geheilt nach Hause entlassen.

Fragen wir uns in diesem Falle nach der Ursache der Hysterie, so werden wir wohl nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, dass durch die fortgesetzten, Jahre lang dauernden Leiden an den Sinnesorganen, Augen, Ohren und Nase sich bei dem Patienten nach und nach eine starke physische Depression herausgebildet hat, die in dem Patienten die Disposition zur Hysterie schuf. Auf welche Weise es zum Ausbruch der Krankheit kam, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Vielleicht war es irgend ein kleines Traumen, welches den Anstoss dazu gab, vielleicht eine Schuleinwirkung, die, wie wir später sehen werden, sehr häufig bei Kindern die Gelegenheitsursache zu hysterischen Erkrankungen abgiebt.

Nachdem wir so im vorstehenden die beiden Fälle von hysterischer Lähmung bei Knaben, die in den letzten Monaten in der Greifswalder medicinischen Klinik beobachtet wurden, eingehender betrachtet haben, dürfte es vielleicht nicht ganz uninteressant sein, anderorts gemachte Beobachtungen damit zu vergleichen. So beschreibt zum Beispiel Riegel[1]) einige Fälle von hysterischen Lähmungen bei Kindern, die er in Giessen zu beobachten Gelegenheit hatte, und deren Aehnlich-

[1]) Riegel: Zur Lehre von den hysterischen Affectionen der Kinder. (Zeitschrift für klinische Medicin, Band VI. 1883.)

keit mit den von uns soeben geschilderten Fällen ganz auffallend ist.

Riegel veröffentlichte dieselben im Jahre 1883 im 6. Bande der „Zeitschrift für klinische Medicin". Im Folgenden sei es mir vergönnt, mich der Worte des Verfassers zu bedienen, der folgendermassen schreibt:

I. Beobachtung:

Carl B., 12 Jahre alt, aus Krofdorf, aufgenommen 26. Juni 81, geheilt entlassen am 28. Juni 81.

Patient soll früher stets gesund gewesen sein. Vor 8 Wochen erkrankte er mit Fieberbewegungen und Schmerzen in beiden Kniegelenken. Andere Gelenke waren nicht schmerzhaft. Das Fieber scheint nur kurze Zeit bestanden zu haben, indessen dauerten die Schmerzen auch noch einige Zeit nachher an und steigerten sich zeitweise noch mehr. Patient konnte bald die Kniegelenke nur noch in gebeugter Stellung halten, da jeder Versuch, dieselben zu strecken, heftige Schmerzen hervorrief. Die spontanen Schmerzen verloren sich nach kurzer Zeit, indes die Unbeweglichkeit blieb bestehen. Ca. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung versuchte Patient zum ersten Male das Bett wieder zu verlassen, indes gelang es ihm nicht, die Beine zu strecken und zu gehen, nur mit Hülfe zweier Krücken konnte er sich mühsam vorwärts bewegen. Trotz vielfach in Anspruch genommenen ärztlichen Rates war eine Aenderung dieses Zustandes in den nächsten 4 Wochen nicht eingetreten, weshalb die Eltern den Knaben in die Klinik brachten. Aus dem Status hebe ich nur die wichtigsten Daten in Kürze hervor:

Status vom 26. Juni (Tag der Aufnahme): Der Junge ist von ziemlich kräftigem Körperbau, mittlerem Ernährungszustande, etwas blasser Gesichtsfarbe. Der Kranke geht auf zwei Krücken gestützt; er hält dabei die Beine steif in im Knie flektierter Stellung, so dass nur die Fussspitzen eben

den Boden berühren. Bei der an diesem Abend vorgenommenen vorläufigen Untersuchung zeigt sich an den Kniegelenken selbst keine Veränderung. Die Patellarsehnenreflexe stark ausgeprägt, die Sensibilität intact. Bei dem Versuche, in Rückenlage des Patienten die unteren Extremitäten gerade zu strecken, äussert derselbe Schmerzen, weshalb von weiteren Versuchen für heute Abstand genommen wird. An den inneren Organen keine Veränderung. Keine Störung von Seiten der Sinnesorgane, der Blase und des Mastdarmes.

Bei der am folgenden Tage vorgenommenen genaueren Untersuchung zeigt sich, dass, wenn man die Aufmerksamkeit des Patienten ablenkt, die Flexion im Kniegelenk sich ohne besondere Schmerzäusserung beseitigen lässt. Es gelang so in der That, bei dieser ersten Untersuchung die Beine gerade zu strecken, ohne dass Patient einen Schmerzenslaut von sich gab. Als Patient die gerade gestreckten Glieder sah, zeigte er freudiges Erstaunen. Aufgefordert, jetzt aufrecht zu stehen, vermag er, wenn auch mit einiger Anstrengung, sich aufrecht zu halten, indessen wagte er auch jetzt nicht, der weiteren Aufforderung, einen Gehversuch zu machen, nachzugeben. Es wird darum versucht, ob nicht der Kranke durch einen plötzlichen Reiz zu einem Gehversuch veranlasst werden könne. Der Kranke wird auf einen Stuhl gesetzt und bei kräftigem Strome eines Induktionsapparates über den Rücken mit dem elektrischen Pinsel gestrichen. Patient durch den unerwarteten Reiz erschreckt, springt vom Stuhle auf und läuft zum Fenster. Von da ab war und blieb Patient geheilt. Die nächsten Gehversuche zeigten noch eine leichte Unsicherheit, bald aber zeigte der Gang nichts mehr von der Norm abweichendes.

Bereits am anderen Tage wird der Kleine, der nicht minder wie die Eltern sich über die rasche Heilung hocherfreut zeigte, von letzteren mit nach Hause genommen.

II. Beobachtung:

Friedrich H., 15 Jahre alt, aus Laufdorf. Aufgenommen am 19. Juli, geheilt entlassen am 23. Juli 1892.

Die Anamnese ergab folgendes: Patient, ein ziemlich kräftiger Junge, hat angeblich 1877 ein gastrisches Fieber durchgemacht; früher soll er Masern und Wasserblattern überstanden haben, im übrigen aber bis auf die jetzige Krankheit stets gesund gewesen sein.

Am 24. Mai erkrankte er ohne nachweisbare Ursache mit Brechneigung, Kopfschmerzen und Schmerzen im Unterleib. Nach zwei Tagen schien eine Besserung einzutreten, so dass Patient sogar kurze Zeit das Bett wieder verliess. Indessen war die Besserung keine anhaltende, Fieber trat bald wieder auf, der Appetit fehlte, der Kranke fühlte sich matt und angegriffen.

Erst Ende Juni erreichten die genannten Erscheinungen, die der behandelnde Arzt für ein gastrisches Fieber erklärte, ihr Ende. Am 2. Juli, als Patient sich wieder vollkommen gesund und wohl fühlte, wollte er zum ersten Mal die Schule wieder besuchen. Er freute sich sehr darauf. Nachdem er von dem halbstündigen Wege zur Schule eine Wegstrecke von ca. 20 Minuten zurückgelegt hatte, wollte ermüdet einen Augenblick stehen bleiben und ausruhen; da knickte er plötzlich in die Knie und fiel hin, ohne indessen das Bewusstsein zu verlieren. Er versuchte sofort wieder aufzustehen, fiel jedoch abermals hin und musste nach Hause zurücktransportirt werden. Weder Kopfschmerz noch Schwindel, noch sonstige krankhafte Symptome bestanden, nur soll Patient die nächsten 3 bis 4 Tage starken Durst gehabt haben. Vier Tage lang lag er jetzt zu Bett, dann wurde wieder ein Versuch zu gehen gemacht; indessen sowohl dieser, wie auch spätere Versuche misslangen. Sobald er sich auf die Beine zu stellen versuchte, knickte er ein und fiel hin. Wann die zur Zeit vorhandenen Contrakturen in den Kniegelenken aufgetreten sind, weiss Patient nicht anzugeben. Da alle bisherigen Kurversuche erfolglos blieben, wurde Patient am 19. Juli in die Klinik gebracht. Aus dem damaligen Status seien hier nur die wichtigsten Data in Kürze

hervorgehoben: Sehr kräftig gebauter, etwas blass aussehender Junge. Beide Unterschenkel in den Knieen schwach gebeugt, aktiv nicht streckbar. Der Junge giebt ausdrücklich an, keine Schmerzen zu haben. Stellt man ihn auf die Füsse, so knickt er sofort in den Knieen ein und fällt hin. Im Bette kann er alle Bewegungen gut ausführen, ausgenommen die Geradestreckung der Beine. Keine Spur ataktischer Bewegung. Patallarreflexe deutlich, Sensibilität normal. Sensorium völlig frei, keine Störung des Gesichts, Gehörs etc. Sphincteren funktionieren normal.

Am anderen Morgen wurde versucht, die Kniee zu strecken. Dies gelang, wenn auch unter leichten Schmerzensäusserungen des Patienten. Sodann wurde der elektrische Pinsel bei starkem Strom eines Induktionsapparates auf die Haut des Rückens und beider Schenkel kurze Zeit appliciert. Sofort nachher konnte Patient, wenn auch noch etwas stampfend, gehen.

Nachmittags 4 Uhr:

Patient ist noch etwas steif in den Knieen, vermag indess bereits gut zu gehen. Er kann die Knie gut beugen, die Beine seitwärts spreizen, auf einem Beine stehend das andere anziehen. Er klagt nur über etwas Müdigkeit.

21. Juli: Alle Bewegungen durchaus normal, Patient kann bereits alle Freiübungen gut ausführen.

23. Juli: Patient wird als geheilt entlassen.

Bemerkt sei ausdrücklich, dass Patient während seines Aufenthalts in der Klinik den Eindruck eines gescheidten Jungen, dem jede Simulation fern lag, machte. Er war selbst sofort sehr erfreut über die gelungene Heilung.

III. Beobachtung:

Adolf S., 10 Jahre alt, aus Niedernhausen; aufgenommen am 4. Februar, geheilt entlassen am 9. Februar 1881.

Patient soll früher immer gesund gesund gewesen sein, niemals nervöse Symptome gezeigt haben, soll immer ein ge-

wecktes, intelligentes Kind gewesen sein; Ostern 1880 überstand er die Masern. Als Nachkrankheit trat eine ziemlich heftige Bronchitis auf, in Folge deren sein Kräftezustand litt, die sehr besorgten Eltern haben nach ihrem eigenen Eingeständnis in dieser Zeit dem Patienten viel nachgegeben. Seit Oktober 1880 begann er über Schwäche in den unteren Extremitäten zu klagen. Diese nahm allmählich immer mehr zu, bis Patient angeblich völlig ausser Stande war, zu gehen. Den Eltern war aufgefallen, dass Patient gleichwohl im Bette jede Bewegung mit guter Kraft ausführen konnte. Seit Weihnachten haben sich Krämpfe eingestellt, und zwar kommen dieselben regelmässig um 8 Uhr Morgens. Die Krämpfe erstreckten sich sowohl auf die oberen als auf die unteren Extremitäten. Patient soll dabei stets die Augen geschlossen gehalten und leise gewimmert haben. Die Krämpfe währten $^1/_2$ Stunde, um sich dann langsam zu verlieren. In letzter Zeit soll Patient ausserdem wiederholt über Schmerzen in beiden Oberschenkeln geklagt haben. Trotz der Consultation vieler Ärzte ist bis jetzt keine Änderung dieses Zustandes, insbesondere keine Besserung der Lähmung eingetreten. Patient wird deshalb in die Klinik gebracht.

Status vom 4. Februar 1881:

Für sein Alter etwas kleiner, blasser, aber sonst kräftig entwickelter Knabe von geweckterm Gesichtsausdruck. An den Organen der Brust- und Bauchhöhle nichts abnormes nachzuweisen. Die unteren Extremitäten von normaler Ernährung, normalem Aussehen. Die vorläufig vorgenommene Prüfung der Sensibilität erzielt nichts abnormes. Sowohl active wie passive Bewegungen sind bei Rückenlage gut ausführbar. Die Patellarsehnenreflexe etwas gesteigert. Hebt man den Patienten aus dem Bette und versucht, ihn auf die Füsse zu stellen, so knickt er sofort in den Knieen ein und fällt hin.

Am anderen Morgen trat um 8 Uhr ein Krampfanfall ein, der in regellosen, aber nicht sehr intensiven krampfhaften

Bewegungen der Extremitäten nur in leichten Drehbewegungen des Rumpfes sich äusserte. Die Augen während dessen krampfhaft geschlossen. Bewusstsein erhalten, keine Pupillenveränderung. Noch während des Krampfanfalles wird der elektrische Pinsel bei starkem Strom appliciert. Sofort sistieren die Krämpfe.

Bei der an demselben Tage vorgenommenen klinischen Vorstellung des Patienten wird nach vorgenommener genauerer Untersuchung nur nach Begründung der Diagnose als hysterische Paralyse versucht, durch einen kräftigen faradischen Strom die Motilität wieder herzustellen. Sofort nach Anwendung des Pinsels vermag Patient wieder, wenn auch noch etwas zaghaft und langsam, zu gehen.

7. Februar: Patient geht vollkommen gut, kann alle gewollten Bewegungen mit den unteren Extremitäten wieder ausführen. Krämpfe sind nicht mehr aufgetreten.

9. Februar: Patient wird als geheilt entlassen.

Hieran schliesst Riegel noch die Schilderung zweier weiterer Fälle von Hysterie bei Kindern, auf die wir aber nicht näher eingehen wollen, weil sie nicht Knaben sondern Mädchen betreffen, und auch die Lähmungserscheinungen zum Teil vor viel hochgradigeren anderen Symptomen in den Hintergrund treten.

Was die Ätiologie der Krankheit anbetrifft, so war man namentlich früher allgemein der Ansicht, dass die Hysterie immer von Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates ausginge, speciell von Lageveränderungen des Uterus, ein Umstand, dem die Krankheit ja auch ihren Namen zu verdanken hat. Dass diese Ätiologie nicht in allen Fällen die richtige ist, beweist schon der Umstand, dass die Hysterie nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern und noch nicht geschlechtsreifen Kindern angetroffen wird. Das indessen auch bisweilen bei Kindern Geschlechtsreizungen namentlich Onanie die Entwicklung der Krankheit begünstigen mögen, lässt sich

nicht leugnen, doch ist dieses wohl nur für eine beschränkte Anzahl von Fällen anzunehmen.

Wie dagegen von fast allen Autoren anerkannt wird, spielt gerade bei der Hysterie die Heredität eine ganz hervorragende Rolle. So fand sich nach Briquet[1]) unter 80 Fällen von Hysterie bei Kindern von 1—12 Jahren in 58 Fällen Hysterie bei den Eltern, in 2 Fällen Irrsinn und 3 mal Epilepsie. Dies ergiebt das Verhältnis von 78,7 hysterischen Kindern auf 100 hysterische, epileptische oder irrsinnige Eltern.

Wir sehen also, dass neben Hysterie der Eltern auch andere Nervenkrankheiten derselben die Kinder zur Erkrankung an Hysterie disponiert machen. Nach Bitot und Bodenstein wirken in gleicher Weise belastend Potatorium oder Syphilis der Eltern.

Ein Teil der Fälle von Vererbung mag vielleicht nicht direkt auf diese zurückzuführen sein, sondern eher auf dem Nachahmungstrieb der Kinder beruhen. Bekanntlich gewöhnen sich Kinder sehr leicht die Gepflogenheiten derjenigen Personen an, mit denen sie am meisten zusammenkommen, und, wenn diese nun hysterisch sind und die Kinder dieses Beispiel immer vor Augen haben, ist es nicht zu verwundern, wenn sie schliesslich in dieselben Fehler verfallen, wie ihre Eltern und Erzieher. Übrigens kommt wirkliche Vererbung jedenfalls noch viel häufiger vor, als nach der Statistik von Briquet angenommen wird; denn gerade Hysterie der Eltern lässt sich durch die Anamnese nur schwer konstatieren aus leicht erkennbaren Gründen. Ausserdem müste man bei einer derartigen Statistik eigentlich auch noch die Grosseltern in Betracht ziehen, da Vererbung mit Überspringung einer Generation nicht gerade selten vorkommt.

Ausser der Heredität giebt es noch verschiedene Momente, die auf die Kinder disponierend für Hysterie wirken, vor allen

[1]) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris 1859.

Dingen schwere Ernährungsstörungen und Anämien, sei es nun, dass dieselben hervorgerufen werden durch konstitutionelle Erkrankungen wie Tuberkulose etc., oder durch chronische Katarrhe des Magens und Darms, wobei namentlich auch Entozoen wie Ascaris lumbricoides und Ähnliches in Betracht kommen.

Gelegenheit zum Ausbruch der bis dahin latenten Hysterie können nun wiederum die verschiedenartigsten Dinge geben. Am häufigsten sind es acute Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Typhus, Erysipel, Diphtherie und vor allen Dingen die bisweilen ja mit sehr schweren Hirnerscheinungen einhergehende Influenza.

Auch Gelenkaffektionen rheumatischen oder traumatischen Charakters geben häufig eine Gelegenheitsursache ab. Diese letzteren Fälle sind namentlich von v. Esmarch bei jungen Frauen und Mädchen beobachtet worden[1]) (sogen. Gelenkneurosen). Bei diesen traten nach ganz geringer Contusion oder Distorsion eines Gelenkes in dem befallenen Gliede hartnäckige Schmerzen auf, die jede Bewegung unmöglich machten und schliesslich durch monatelangen Nichtgebrauch des Gliedes zu vollständiger Ankylose und Contraktur führten.

Einen weiteren, sehr wichtigen Faktor, der bei Kindern, die dazu disponiert sind, häufig zum Ausbruch der Hysterie führt, bildet die Schule. In welcher Weise dies geschieht, lässt sich am besten an einem Beispiele erläutern: Das Kind sieht beispielsweise, wie einer seiner Mitschüler irgend einer Unannehmlichkeit überhoben ist, weil er von Kopfschmerzen befallen ist. Es erwacht in ihm der Wunsch, sich den gleichen Vorteil zu verschaffen. Es gelingt ihm, Kopfschmerzen zu simulieren und über das Unangenehme hinwegzukommen. Bei anderen Gelegenheiten wird dasselbe Experiment wiederholt und schliesslich glaubt das Kind selbst an seine Kopfschmerzen. Es ist also aus einfacher Simulation eine echte Hysterie geworden.

[1]) v. Esmarch: Über Gelenkneurosen 1872.

Wie weit eine derartige Simulation gehen kann, zeigt ein sehr interessanter Fall, den Jolly erzählt: [2])

„Ich habe einen sehr prägnanten Fall an einem 9jährigen Mädchen erlebt, das mir als epileptisch in die Strassburger Klinik gebracht wurde, und wo ich in der That bei den ersten Anfällen, die ich sah, der Meinung war, es handle sich um wirkliche Epilepsie. Es blieb aber einiges auffallend in ihrer Erscheinungsweise; denn es zeigte sich, dass das Kind, wenn es mit Wasser bespritzt wurde, sofort aus dem Anfall zu sich kam. Als das einige Male wiederholt war, wandte sich die kleine Patientin an eine Mitkranke und erkundigte sich bei derselben, ob sie wohl auch Nachts, wenn sie einen solchen Anfall bekäme, bespritzt werden würde. Als ihr dies bejaht wurde, erklärte sie, nun werde sie keinen Anfall mehr haben. Das Kind wurde darauf zutraulich und erzählte uns, dass es einen epileptischen Anfall in der Schule gesehen habe, und dass die betreffende Kranke aus der Schule hinausgetragen worden sei. Es habe versucht, dies nachzuahmen; das sei ihm ebenfalls geglückt, und es habe in Folge davon den Schulbesuch vollkommen umgehen dürfen. Das Kind hat also eine Zeit lang diese einfache Simulation mit dem gewünschten Erfolge durchgeführt.

Derartige Fälle von Simulation sind indessen doch sehr selten. So ist es zum Beispiel nicht anzunehmen, dass die beiden geschilderten Greifswalder Fälle darauf beruhten. Denn, abgesehen davon, dass es den Knaben jedenfalls sehr schwer geworden wäre, eine so lange Zeit hindurch die Lähmung zu simulieren, ist es nicht recht glaublich, dass dieselben, statt sich im Verkehr mit ihren Altersgenossen ihres Lebens zu freuen, es vorgezogen hätten, monatelang das Bett zu hüten und allein zu Hause ihr Dasein zu vertrauern.

[2]) Jolly: Über Hysterie bei Kindern. Berliner klinische Wochenschrift 1892 Nr. 34.

Was die Prognose der kindlichen Hysterie anlangt, so ist dieselbe wohl in der Regel als eine gute zu bezeichnen und in den meisten Fällen eine vollkommene Heilung zu erwarten.

Bei der Behandlung der Krankheit ist es Hauptaufgabe des Arztes, moralisch auf den Kranken einzuwirken, und diesem etwas mehr Selbstvertrauen einzuflössen.

Ganz ohne äussere Mittel kann man indessen wohl kaum jemals zum Ziele kommen, und es fragt sich daher, was wohl am besten anzuwenden sei. Da haben wir ein treffliches Hülfsmittel in dem faradischen Strom. Derselbe darf nicht zu schwach sein, damit die Patienten bei der Anwendung desselben es wenigstens ordentlich merken, dass etwas mit ihnen geschieht. Meist genügt eine Sitzung, um alle schweren Erscheinungen zu beseitigen. Häufig erreicht man auch schon durch ein etwas barsches Anfahren, dass die Lähmungserscheinungen bedeutend geringer werden, wie unser zuerst geschildeter Fall zeigt, wennschon sie meist nicht gleich zu verschwinden pflegen. Auch plötzliches Erschrecken wirkt oft überraschend schnell bessernd, namentlich bei Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur.

Besteht Neigung zu Hysterie infolge von Anämie oder Schwächezuständen aller Art, so hat natürlich die Therapie sich in erster Linie gegen diese zu richten.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheim. Medicinalrat Prof. Dr. Mosler für die Ueberlassung der mir mit grösster Liebenswürdigkeit zur Verfügung gestellten Fälle, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Leick für die freundlichst gewährte Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Richard Gottfried Georg Hopp wurde am 11. März 1874 als Sohn des Kaufmanns, jetzigen Direktors der Allgem. Berliner Omnibus Aktiengesellschaft Franz Hopp und seiner Ehefrau Clara geb. Schnibbe zu Berlin geboren. Dort besuchte ich vom Jahre 1880 ab das Askanische Gymnasium, welches ich im Jahre 1892 zu Michaelis mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Zunächst wandte ich mich nach Tübingen wo ich nur ein Semester blieb, um dann nach Würzburg zu gehen, wo ich im Juli 1894 das Tentamen physicum bestand. Im Winter 1894/95 hielt ich mich in Leipzig auf, und kam dann im Sommersemester 1895 nach Greifswald. Während meines Studiums hörte ich bisher die Vorlesungen von folgenden Herren Professoren und Dozenten:

In Tübingen:

Braun, Troriep, Henke, Lothar v. Meyer, Vöchting;

In Würzburg:

Boverie, Fick, Hantsch, v. Kölliker, Röntgen, v. Sachs, Schultze;

In Leipzig:

Böhm, His, Romberg, Urban;

In Greifswald:

Enderlen, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz.

Thesen.

I.

Hysterie kann nicht immer auf Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane zurückgeführt werden.

II.

Bei Perityphlitis ist die interne Behandlung der chirurgischen in vielen Fällen vorzuziehen.

III.

Die Differentialdiagnose zwischen secundär-luetischen und acuten Exanthemen ist nicht immer mit Sicherheit zu stellen.